

令和 年 月 日

<紹介先医療機関>

〇〇医療機関

〇〇担当医 様

<紹介元医療機関>

〇〇医療機関

所在地

〇〇担当医 印

ふりがな氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）	性 別	男・女
住 所		電話番号		職 業	
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 （ <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ） <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 （ 病期分類 第 期 ）				
合併症 既往	<input type="checkbox"/> 腎症以外の糖尿病合併症 （ <input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> その他の合併症・既往 <input type="checkbox"/> 不明				
紹介目的					
検査結果	<最近の検査結果 年 月 日 > ・身長 （ cm） ・体重 （ Kg） ・血糖値 mg/dl <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時（食後 時間） ・HbA1c （ %） ・eGFR （ ml/分/1.73 m ² ） ・アルブミン尿 （ mg/gCr）				
治療方針 及び 治療内容	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 内服 （製剤名 ） <input type="checkbox"/> インスリン （製剤名 単位： ） （製剤名 単位： ） <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> その他内服薬 []				
患者への 指導内容					
備考					

備 考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は、検査の記録を添付すること。